

50 Medidas para el fortalecimiento, mejora y defensa de la salud ciudadana y de la sanidad pública en el País Vasco

Introducción

La caída del gasto sanitario durante la presente crisis no se ha producido por igual en la sanidad pública y en el sector privado. Es un hecho que, en los últimos años, la sanidad privada crece de manera suave pero incontestable, mientras que la sanidad pública cae de forma llamativa, tanto en su financiación como en su disponibilidad de recursos, por los recortes económicos producidos a partir del 2010.

De igual manera el deterioro de las condiciones de vida y de trabajo está tratando de forma desigual a los distintos grupos sociales, empobreciendo a los sectores más desfavorecidos y manteniendo las rentas o, inclusive aumentándolas, en los grupos sociales más favorecidos de la economía del País.

Los niveles de desigualdad en salud son especialmente alarmantes, siendo peligrosos para la cohesión social de nuestro país. Situación desconocida en los últimos años, con el preocupante resultado de la creciente consolidación de esta tendencia.

La actual situación social y demográfica indica que habrá más personas en condición más vulnerable para sus condiciones de salud y más personas de mayor edad, viviendo más años, en condiciones precarias, con necesidad de mayores cuidados profesionales y sanitarios y también con mayores necesidades de protección social.

Proponemos la necesidad de mejorar la financiación de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, al menos aumentando el 1% del PIB del Gobierno Vasco a lo largo de la próxima legislatura.

La posible falta de respuesta de la sanidad pública empujará, a quien pueda permitírselo, a buscar en el sector privado la cobertura de sus

necesidades surgidas de la descapitalización del sector público, de la insuficiente protección social -debido a los recortes- y del déficit público. En otras palabras, la crisis y los recortes están teniendo consecuencias negativas en la actividad de la sanidad pública, incrementado las listas de espera, paralizando los presupuestos y recursos de la Ley 39/2006 de Dependencia, disminuyendo plantillas y recursos, estableciendo copagos (que son -al fin y al cabo- procesos de doble pago) y, finalmente, repercutiendo de manera directa en los bolsillos de las personas más necesitadas. Recordemos que la Ley de Dependencia afecta a más de 1.000.000 personas, mientras se han reducido las prestaciones económicas al cuidado familiar y reducido las horas en los servicios de ayuda a domicilio, entre un 20% y un 60% según las distintas CCAA.

Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público

Desde instancias interesadas en captar para el mercado recursos públicos se ha puesto en cuestión la sostenibilidad del sistema sanitario público, universal y de calidad, con el argumento de que el gasto sanitario en España es muy elevado y con tendencia al crecimiento incontrolado. El tópico de la insostenibilidad ha sido alimentado y financiado por la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias, aseguradoras y organizaciones afines, tratando de crear un clima de opinión favorable a sus intereses corporativos.

Por otro lado desde el Foro Vasco por la Salud y desde otras organizaciones creadas en torno a este derecho universal se ha respondido ampliamente a esta pretendida inviabilidad. Tanto desde Osalde y demás organizaciones de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública (FADSP), desde Osatzen y organizaciones de SEMFyC, desde la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS u ONG como Medicus Mundi, Médicos del Mundo, Cáritas y otras varias decenas de organizaciones sociales y profesionales, se ha

venido debatiendo una argumentación concluyente que apoya la sostenibilidad del sistema, defendida, mediante argumentos apoyados en el análisis de los datos disponibles. Tales estudios permiten proponer intervenciones alternativas para la sostenibilidad y mejora del Sistema Público de Salud. Citamos aquí algunos, entre los más relevantes, de estos argumentos y propuestas:

- 1.** El gasto sanitario público y su crecimiento en España no son elevados, siendo inferiores a la media europea.
- 2.** La presión fiscal en España es de las más bajas de Europa, motivo de la escasez de presupuestos.
- 3.** El fraude fiscal se estima en un 25% del PIB.
- 4.** El gasto farmacéutico es de los más elevados de Europa. Y ello por diversos motivos como la escasa utilización de fármacos genéricos (de igual calidad y menos costosos), la escasa presión negociadora de las administraciones frente a los abusos del mercado, el elevado consumo de costosos fármacos de dudosa eficacia y a veces dañinos, el elevado gasto farmacéutico hospitalario con escaso control, etc.
- 5.** Insuficiente desarrollo de la Atención Primaria, que es más resolutive y menos costosa que la hospitalaria.
- 6.** Excesiva tolerancia frente a los abundantes conflictos de interés en las relaciones entre médicos prescriptores e industria farmacéutica, que condicionan la sobreprescripción de fármacos y tecnologías, etc.
- 7.** Los estudios sobre coste de los servicios privatizados demuestran que son de 7 a 10 veces más costosos que los públicos. En evaluaciones realizadas a la utilización de la denominada PIF (iniciativa de Financiación Privada), para la construcción de hospitales públicos por consorcios privados, tanto en el Reino Unido como en el caso de Madrid, se han comprobado estas cifras de sobrecosto.
- 8.** Los copagos no han demostrado ahorro, siendo –casi siempre– más costosa su gestión.

9. Los datos disponibles muestran que no son ciertos los argumentos acerca de que la población inmigrante frecuente más los servicios o que el envejecimiento de la población sea la causa del aumento de la asistencia sanitaria.

10. En definitiva, la evidencia apoya la viabilidad del sistema público. Para ello, en lugar de recurrir a recortes y privatizaciones con falsos argumentos que esconden intereses del sector privado, han de promoverse una buena gestión de los recursos y una adecuada práctica clínica que evite el abuso de fármacos innecesarios y dañinos. También, una buena utilización de la tecnología, la firme negociación frente a los abusos del mercado, la potenciación de la Atención Primaria y la recuperación de las privatizaciones, que orientadas al lucro, han resultado mucho más costosas y menos eficientes de lo que nos decían sus promotores, generando mayor desigualdad.

El espacio Socio Sanitario

Quizá ha llegado el momento de transformar la tecnoestructura de nuestra sanidad pública creando un sistema donde las capacidades, recursos y competencias de los profesionales de la salud estén acordes con la función de desempeño y con el grado de complejidad de los procesos. Hay que invertir menos dinero en tecnologías sofisticadas y más en innovaciones organizativas y asistenciales, que simplifiquen y humanicen los cuidados a los complejos problemas del enfermar, la invalidez, el dolor y la muerte.

Es necesario reflexionar y tomar decisiones desde el ámbito político sobre nuevas estrategias de cuidados de la salud de nuestros conciudadanos, que garanticen la sostenibilidad y la buena atención a los mismos. Debemos distribuir las cargas del cuidado socio-sanitario entre hombres y mujeres y proponer un reparto justo y sostenible entre las instituciones públicas y las redes de solidaridad social.

Propuestas

En relación con la salud como derecho humano y la accesibilidad universal a los servicios públicos de salud

- 1.** Derogación del Real Decreto 16/2012. Responsable de la exclusión del sistema público de salud de más de 200.000 personas en el ámbito del Estado Español, de los copagos y agravamiento de los pacientes más desfavorecidos.
- 2.** No exigencia de ningún periodo de empadronamiento para concesión de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). O en su caso, estudiar la condición de tres meses de residencia previa a la solicitud a efectos de estabilizar la obtención de la TIS.
- 3.** Integración de los servicios sanitarios impartidos por MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Empresas colaboradoras de la Seguridad Social y otros sistemas fragmentados en los servicios de salud públicos.
- 4.** Derogación del Real Decreto 15/97 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud. En dicho real Decreto se explicita la oportunidad de privatizar, separar, concertar, Unidades y Servicios clínicos de los hospitales de forma autónoma.

En relación a la organización del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza

- 5.** No privatización de servicios de salud. Revisión de las políticas de concertos con el sector privado. Valorar y evaluar la calidad de los actuales Concertos.
- 6.** Estudio especial de la situación del concierto con la Clínica de la Asunción de Tolosaldea y del Hospital Oncológico de Donostia. Analizar la oportunidad de su integración en el sector público de salud. Análisis de la situación del concierto en el ámbito hospitalario de la Red de Salud Mental de Guipúzcoa.

7. Revisar todas las externalizaciones de servicios hospitalarios y extrahospitalarios. Analizar su costo-efectividad y la adecuación de cada medida.

8. Establecer procesos de “Buena Gobernanza” en todos los centros de Osakidetza. Transparencia en los procesos de gestión de las organizaciones. Específicamente estudiar la gestión de **las listas de espera** en todos los procesos (consultas, intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos). Criterios de comienzo, de gestión de stocks y niveles de priorización.

9. Participación social y ciudadana en todas las organizaciones del sistema de salud. Participación ciudadana directa en los centros de salud. Participación de los profesionales en todas las organizaciones del sistema de salud. Participación ciudadana, de agentes sociales y profesionales, en las Organizaciones Integradas de Salud (OSIs).

10. Fortalecimiento de **la atención primaria de salud**. Apoyo a los centros de salud. Apoyo económico (25% del presupuesto total), apoyo administrativo (descentralización y desburocratización), apoyo social (política expresa de incentivos profesionales por la dedicación exclusiva y en relación con la actividad), apoyo a la gestión por procesos. **Impulso de las actividades comunitarias en todos los centros de salud**. Mejorar la coordinación de las actividades y procesos de trabajo entre los centros de salud y los hospitales, evitando duplicidades, mejorando la eficiencia del sistema e incrementado las relaciones de conocimiento y mutua confianza en el conjunto de los profesionales de los distintos centros.

11. Aumentar la capacidad resolutoria de los centros de salud, creación de servicios de rehabilitación en los centros de salud donde estos no existan, facilitando ampliar el horario a mañana y tarde donde no esté así establecido, con incorporación de **fisioterapeutas**. Incorporación de **higienistas dentales** en los programas de la mujer para el control buco dental de la mujer embarazada. Aumentar el número de profesionales de **psico-**

logía para reforzar la actividad comunitaria en la relación con la atención de salud mental. Incorporación de **podólogos** para mayores de 65 años.

12. Incorporar la salud pública y las estrategias de promoción de la salud a la dirección de todas las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) de Osakidetza.

Fortalecer la investigación clínica, epidemiológica y bio-psico-social. Fortalecer la formación de pre y postgrado independiente.

13. Transparencia en la declaración de posibles conflictos de interés en los procesos de formación de pre y postgrado, investigación y docencia.

14. Regular, con medidas específicas públicas y consensuadas socialmente, unas relaciones más éticas con Farmaindustria y con las multinacionales de tecnología médica, mediante pactos o códigos. Asegurar el papel de liderazgo de la administración pública en los procesos de formación y docencia, estableciendo claramente las exclusiones e incompatibilidades.

En relación con las políticas de personal

15. Erradicar los recortes salariales y en plantillas. Consensuar con los agentes sociales y profesionales la gestión de sustituciones y refuerzos de acuerdo con necesidades conocidas. Planificar la extensión de las plantillas a situaciones anteriores a la crisis. Proteger el sistema público estableciendo Incompatibilidades con el sector privado, al menos, en todos los nuevos contratos y en los cargos de responsabilidad de todos los centros sanitarios públicos.

16. Adecuar los recursos humanos de todas las categorías según las necesidades detectadas. Establecer una **comisión especial** para determinar dichas necesidades por centros y área de salud, manteniendo los ratios conocidos. Consolidar la

plantilla de Osakidetza en torno a los 30.000 trabajadores y profesionales, ello significa, garantizar 5.000 plazas más en relación con la situación actual de eventualidades. Política gradual dirigida a disminuir drásticamente esta situación.

17. Finalizar con la **precarización en los contratos profesionales** de médicos, de profesionales de enfermería y, en general, del conjunto de los profesionales y trabajadores de los centros sanitarios. Proponer medidas concretas para actuar con los profesionales que están en dicho colectivo laboral.

En relación con la Salud Mental

18. Consolidar la estrategia de psiquiatría comunitaria en las Redes de Salud Mental de Osakidetza. Las estructuras intermedias y programas comunitarios (hospitales de día, programas de atención a domicilio, talleres, pisos protegidos, etc.) de carácter terapéutico, así como los equipos de los centros de salud mental y la propia red de servicios de la atención primaria de salud, deben ser los protagonistas de los procesos de rehabilitación e inserción psico-social, tanto en los problemas de salud mental leves como en los graves. El cuestionamiento de y **los procesos de cambio** en las políticas “manicomiales” deben continuar y profundizarse. Asimismo deben desarrollarse y generalizarse en el sistema público de salud, las intervenciones terapéuticas grupales y las dirigidas a familiares de pacientes con problemas de salud mental, entre otras intervenciones. Despliegue de estructuras de apoyo socio-sanitarias en lo relativo a ocio, empleo protegido y vivienda supervisada para este tipo de pacientes.

19. Desarrollo efectivo de los derechos humanos para las personas diagnosticadas de problemas de salud mental. Desarrollo de todas las políticas anti estigma para los pacientes y sus familias. Respeto a su libertad, a su propia lengua, a su cultura, a su etnia, a su autonomía y a su identidad en los procesos de internamiento, de tratamiento y de rehabilitación psico-social.

20. Participación activa en todos los niveles de las redes de salud mental de profesionales y de pacientes (y sus familiares) en los procesos de empoderamiento y toma de decisiones sobre todos los procesos de intervención, incluyendo la **coordinación con el espacio socio sanitario**, mejorando la transparencia y la buena gobernanza de todas las unidades, servicios y estructuras, cuyo objetivo sea el trabajo con pacientes diagnosticados de problemas de salud mental.

21. Apoyo efectivo de la red de servicios de salud mental a los centros de salud, de la atención primaria para reforzar sus capacidades resolutorias en este campo.

Por el derecho a una muerte digna

22. Hoy las ciencias de la salud, el conocimiento de la vida y de la muerte, y la ética de los comportamientos humanos, y específicamente, de las y los profesionales sanitarios, se han desarrollado suficientemente, para poder ayudar más a los pacientes a la hora de finalizar la vida. El desarrollo de un **Plan de Cuidados paliativos** en el País vasco se hace imprescindible. Debiera de ser un Plan que contemple actividades en el domicilio del paciente, en los hospitales generales y en los hospitales de subagudos. Aunque fortalecer el desempeño de los equipos de atención primaria y de los servicios de hospitalización a domicilio debe ser el elemento fundamental de dicho plan.

23. Se han desarrollado leyes que hacen referencia a los deseos de las personas (Documento de Voluntades Anticipadas), a la autonomía del paciente ante los servicios médicos y al denominado Testamento Vital. Sin embargo, aunque el plan de salud de Euskadi plantea como objetivo para el 2020 que más del 15% de la ciudadanía tenga registrado su Documento de Voluntades Anticipadas, apenas llegábamos al 1% en el 2015. Hacen falta más recursos para informar a la población y reforzar la formación de los y las profesionales de la salud en este tema.

24. Es preocupante la dificultad de los pacientes para rechazar un tratamiento o las medidas tecnológicas o farmacológicas para prolongar la vida artificialmente (el denominado “encarnizamiento terapéutico”). Se debe avanzar en entender que la búsqueda de una muerte digna es profesionalidad y exige otra mirada sobre la sedación paliativa y terminal.

25. Creemos que es necesario regular estos aspectos y salir de la indefinición jurídica y ética en la que nos encontramos en el tema del denominado suicidio asistido y la eutanasia. Solicitamos la derogación del artículo 143 del Código Penal, que castiga hasta con 6 años de cárcel la ayuda a quien no desea seguir viviendo.

En relación con la medicalización de la vida: Por una nueva prevención

En los últimos años está incrementándose en nuestra sociedad el proceso conocido como “medicalización”, a través del cual problemas no médicos, emociones, comportamientos o conductas o situaciones de la vida cotidiana (timidez, calvicie, menopausia...) se convierten en categorías diagnósticas y se tratan como un problema médico o psicológico, sin serlo.

Suele ir asociadas a campañas donde participan diferentes actores, desde la industria (farmacéutica, alimentaria, tecnológica), a los medios de comunicación, la administración sanitaria, los profesionales de la salud y la propia población.

Se precisa, por lo tanto, de un abordaje complejo y sobre las diferentes partes implicadas en este tema. Nuestras *propuestas* son las siguientes:

26. La visita a los profesionales de Osakidetza por parte de los representantes de la industria farmacéutica, alimentaria o de Tecnología médica debería regularse adecuadamente en contenidos y duración. O acabar con estas visitas en los centros sanitarios públicos.

27. Erradicar las sesiones, charlas o talleres patrocinados por la industria farmacéutica, ali-

mentaria o tecnológica en los centros sanitarios públicos. Hasta conseguirlo exigir declaración concreta de “conflicto de intereses” del ponente del tema.

28. Facilitar a los profesionales actuación objetiva e independiente agradeciendo e incentivando la formación, especialmente si se hace fuera del horario laboral por circunstancias determinadas.

29. Elaborar una Guía Farmacológica de primera elección y fomentar su uso entre los médicos y profesionales de enfermería, tanto de la atención primaria como hospitalaria, de forma que se estandarice el tratamiento farmacológico, disminuya la variabilidad clínica fuera evidencia científica y se prescriba en base a criterios de Uso Racional del Medicamento.

30. Aquellos profesionales de los Centros o de la Administración Sanitaria encargados de la selección de materiales o fármacos que se usen en la red sanitaria pública deberán exponer su “conflictos de interés” al respecto, públicamente.

31. Dotar a los profesionales de la salud de cuantos medios (tiempo adecuado, menor sobrecarga de trabajo, respaldo público, etc.) permitan establecer una relación terapéutica con sus pacientes de calidad, con una mayor participación del paciente en la toma de decisiones como sujeto informado, y a través de la cuál fomentar la promoción de recursos no farmacológicos y evitar la receta como solución rápida.

32. Mayor regulación de la publicidad relativa a la salud, al menos en los medios de comunicación públicos. Deberían realizarse además campañas de “contrapublicidad” por parte de las administraciones públicas a fin de tratar de desmedicalizar y fomentar el espíritu crítico del consumidor.

33. En resumen consideramos imprescindible:

- Una mayor educación para la salud, que permita a las personas ser autónomas en la resolución de la mayoría de los problemas de su vida, ser críticos ante las campañas

medicalizadoras y encontrar respuesta a las situaciones y malestares de la vida diaria fuera del sistema sanitario.

- Realizar pedagogía y fomentar la idea de la medicina como una ciencia con límites éticos y técnicos, en la que cada prueba, tratamiento o intervención va acompañada de un riesgo.

En relación con la atención a la mujer

34. Mejorar el acceso y la atención relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Mayor información sobre los programas (cribados, revisiones periódicas,) y su evidencia científica. Informar de a quién van dirigidos y la forma de acceder a ellos, así como acceso efectivo a los anticonceptivos.

Con un enfoque menos medicalizado, haciendo más hincapié en la prevención, y que sea más educativo sobre la sexualidad (no sólo tratar la parte física, sino también la psicológica y la social). Las consultas de SSR pueden ser un espacio adecuado para tratar la prevención de la violencia de género (VdG).

Programas especiales para mujeres adolescentes y jóvenes, pues son las que en las relaciones sexuales sufren más las desigualdades: incapacidad de negociar la utilización del preservativo, chantajes, sometimiento o dudoso consentimiento...

35. Garantizar el cumplimiento de las leyes que regulan el derecho al aborto en el sistema nacional de salud.

36. Garantizar el cumplimiento de los protocolos de mutilación genital y violencia de género. Establecer el de trata de personas con fines de explotación sexual. En este apartado, la formación del personal sanitario cobra especial importancia debido, por una parte, a que los prejuicios presentes en la sociedad le afectan igualmente a la hora de atender a las mujeres a las que van dirigidos estos programas (inmigrantes, prostitutas y mujeres en situación de violencia de género) y, por otra, para que tengan capacidad de informar y poner en marcha dichos protocolos.

37. Sin un derecho universal de acceso a los servicios de salud no se puede garantizar esta atención, ya que las posibles víctimas se encuentran, por lo general, entre el colectivo que no tiene acceso a la sanidad y ello impide, además, un diagnóstico de los riesgos más relevantes (ITS, diagnóstico precoz del VIH, riesgos de muerte materna o de muerte prematura...).

Por una estrategia de promoción de la salud. Por la Intersectorialidad y un papel más activo de los municipios, con plena participación de los agentes sociales en las políticas de salud.

38. Establecer, mediante las leyes oportunas, el papel de los municipios en las políticas de salud, así como las redes sociales locales. Establecer redes de salud comunitarias. Desarrollar la **Intersectorialidad** entre los centros sanitarios, los municipios y las redes sociales. Extender proyectos de redes locales de salud a todos los municipios del País Vasco, en coordinación con los centros de salud, los hospitales y las organizaciones de salud pública.

39. La salud está determinada socialmente. Depende de las condiciones de vida en las que se encuentran inmersas las personas. Por ello es fundamental abordar las causas del enfermar, de las muertes prematuras, del dolor o de la invalidez, no solo en el marco nacional, sino también local y municipal. Condiciones tales como la calidad del trabajo y el medio ambiente laboral, la situación de paro o desempleo prolongado, el acceso a los alimentos en cantidad y calidad adecuadas, la disponibilidad de una vivienda digna, las condiciones de comunicación y transporte, etc. Condiciones, todas ellas, que resultan de especial importancia. Junto a ellas hay que considerar, por ejemplo, procesos socialmente consensuados de planificación urbana, establecimiento de parques y zonas verdes, impulso del ejercicio físico y políticas de ocio saludable, el equilibrio del ecosistema, la contaminación del

aire y las aguas, escenarios de convivencia sin violencia, en libertad y democracia, los procesos de participación social, el desarrollo de la cohesión social y la eliminación de desigualdades en salud, los niveles de renta y las políticas sociales. En definitiva implantar la salud en todas las políticas en todos los ámbitos de la Administración.

40. Son las estrategias de promoción de la salud las que deben impregnar todos los procesos de atención en los centros sanitarios y municipios. En todos los grupos de edad, en todos los colectivos y clases sociales, priorizando a los más desfavorecidos, independientemente del origen geográfico de los mismos, su nivel de renta, el género o las creencias y costumbres de cada persona.

Salud Laboral y prevención de riesgos laborales

41. Prevención de accidentes laborales: Acción y medidas previas para que no ocurran accidentes. No son pocos los accidentes laborales que se suelen pagar con la muerte y discapacidades de aquellas personas que sólo están tratando de ganar un sueldo para vivir dignamente.

42. Responsabilidad: que los/as empresarios/as tienen en que la salud de sus trabajadores no sea puesta en riesgo. Principalmente cuando depende de las acciones u omisiones que se suelen dar, en no pocos casos, con el sólo fin de ahorrar costes a pesar de la vida y/o la salud de aquellas personas que participan en la industria y empresa.

43. Participación: las personas integradas en las empresas tienen el derecho a ejercer la supervisión de aquellas medidas implementadas para la seguridad en el trabajo de manera real, sin ninguna traba, con toda la información a su disposición, sin amenazas reales o veladas.

44. Establecer los controles necesarios en la utilización de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que desde hace años, y más desde la aparición de la crisis, son

una institución sin coordinación con los servicios de atención primaria y de Osakidetza en general. Los servicios de prevención, tanto internos como externos, en el sector privado, desarrollan su actividad profesional habitualmente bajo las directrices de las empresas, interfiriendo en los procesos curativos o rehabilitadores con acciones no acordes en múltiples ocasiones, respecto a las recomendaciones médicas de los diferentes estamentos de la sanidad pública.

45. Coordinación, supervisión y control por parte de OSALAN de todas las facetas relativas a la prevención de riesgos laborales en las empresas con la participación de todas las personas implicadas en su proceso.

46. Que OSALAN pase a depender del Departamento de Salud del Gobierno Vasco para aumentar su eficacia en la coordinación con los centros sanitarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

47. Aumentar las capacidades de OSALAN en lo que se refiere a la dirección, planificación, establecimiento de normas e intervención en las políticas relacionadas con la salud laboral, esto es, las políticas de prevención de riesgos laborales, la gestión de los procesos de Invalidez Temporal (Bajas laborales), Parcial, Total y Absoluta.

48. Establecimiento en todas las empresas y en todos los sectores de producción de un mapa de riesgos laborales que sea conocido y con participación de los trabajadores y sus representantes sindicales.

Abordar la Salud Buco Dental desde el sector público de la sanidad

49. Desarrollar progresivamente en el sector público de la sanidad el Programa de Atención Dental a partir de los 14 años, con especial atención a las mujeres embarazadas y a las personas mayores de 65 años, estableciendo convenios con los laboratorios de prótesis dental.

50. Lo anterior implica adecuar a lo largo de la legislatura la plantilla de odontólogos u odontólogas e higienistas dentales en Osakidetza para alcanzar las coberturas necesarias.

Bilbao a 1 de junio del 2016

Firman el Documento las organizaciones del País Vasco:

